

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

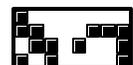
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 0 0



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 0 0

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

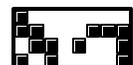
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 0 1



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

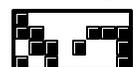
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 2



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3

Página 1 de 2

38627

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 0 4

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 0 5

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 0 6

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 7

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

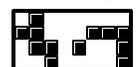
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 8

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 0 8

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 52000009

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 0 9

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 0

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 1

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 2

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 1 2

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000013

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000014

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 5

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

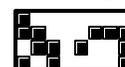
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 6



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 1 6

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 7



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 8

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 1 9

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	1	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - S P - 520000020

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 2 1

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 2 2

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 1 1 1 1 1 1 1 1

2 2 2 2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4 4 4 4

5 5 5 5 5 5 5 5 5

6 6 6 6 6 6 6 6 6

7 7 7 7 7 7 7 7 7

8 8 8 8 8 8 8 8 8

9 9 9 9 9 9 9 9 9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 2 3

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

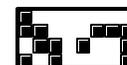
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000024



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

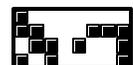
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 2 5



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 2 5

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

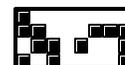
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 2 6



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 2 6

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

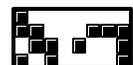
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 2 7



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - S P - 520000028

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000029

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 0

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 3 0

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

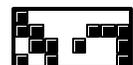
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 1



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	3	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 2

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	3	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 3

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	3	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 4

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 5

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 3 5

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 6

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 7

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

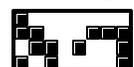
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 8



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	3	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

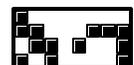
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 3 9



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

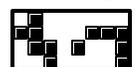
5 2 0 0 0 0 3 9

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - S P - 520000040

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

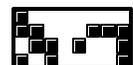
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 1



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 2

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

5	2	0	0	0	0	0	4	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

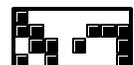
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 3



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 4 3

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 4

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 0 0 0 0 0 0 0 0
1 1 1 1 1 1 1 1 1
2 2 2 2 2 2 2 2 2
3 3 3 3 3 3 3 3 3
4 4 4 4 4 4 4 4 4
5 5 5 5 5 5 5 5 5
6 6 6 6 6 6 6 6 6
7 7 7 7 7 7 7 7 7
8 8 8 8 8 8 8 8 8
9 9 9 9 9 9 9 9 9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 5

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

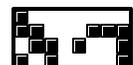
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 6



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 7

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 8

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	4	8
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 4 9

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 4 9

CSI County Client Number

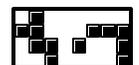
□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:

Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 0

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	5	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000051

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	5	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

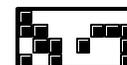
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 2



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 5 2

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

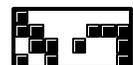
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 3



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 4

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	5	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 5

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	5	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

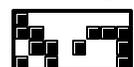
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 6



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 7

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 5 7

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 8

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 5 8

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

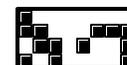
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 5 9



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	5	9
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

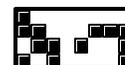
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000060



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 1

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

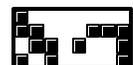
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 2



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

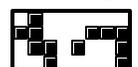
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

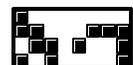
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 3



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 4

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 6 4

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

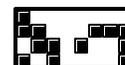
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 5



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000066

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 7

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 8

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	6	8
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 6 9

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

5	2	0	0	0	0	0	6	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 7 0

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

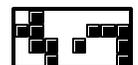
County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - S P - 520000071

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	7	1
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. ○ 1 a 2 meses ○ Más de 1 año
○ Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. ○ 3 a 5 meses ○ 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 7 2

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses
 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 7 3

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 7 3

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

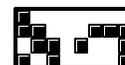
Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 7 4



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

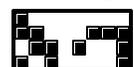
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000075



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000076

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	7	6
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000077

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

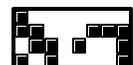
¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
- Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 7 9

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	7	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000080

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 8 0

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 8 1

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	8	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 1 1 1 1 1 1 1 1

2 2 2 2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4 4 4 4

5 5 5 5 5 5 5 5 5

6 6 6 6 6 6 6 6 6

7 7 7 7 7 7 7 7 7

8 8 8 8 8 8 8 8 8

9 9 9 9 9 9 9 9 9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 8 2



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

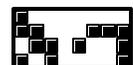
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 8 3



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	●		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

5	2	0	0	0	0	0	8	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000084

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	8	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

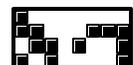
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 8 5



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 8 6

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	8	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0 0 0 0 0 0 0 0 0

1 1 1 1 1 1 1 1 1

2 2 2 2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4 4 4 4

5 5 5 5 5 5 5 5 5

6 6 6 6 6 6 6 6 6

7 7 7 7 7 7 7 7 7

8 8 8 8 8 8 8 8 8

9 9 9 9 9 9 9 9 9

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 8 7

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000088

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

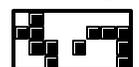
5 2 0 0 0 0 8 8

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 8 9

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento →

0	4	-	3	0	-	1	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-	□	□	-	2	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

38627



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 52000090



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 52000091

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000092

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 9 2

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 9 3

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → 04 - 30 - 1987

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration: 1 1 - □□ - 2 0 0 3

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5 2 0 0 0 0 9 3

CSI County Client Number

□□□□□□□□

0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

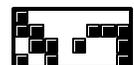
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 9 4



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	9	4
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de esta forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 0 9 5

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	9	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✘ ✔

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000096

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1
---	---

 -

--	--

 -

2	0	0	3
---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	9	6
---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000097

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	<input type="radio"/>								
1	<input type="radio"/>								
2	<input type="radio"/>								
3	<input type="radio"/>								
4	<input type="radio"/>								
5	<input type="radio"/>								
6	<input type="radio"/>								
7	<input type="radio"/>								
8	<input type="radio"/>								
9	<input type="radio"/>								

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

5	2	0	0	0	0	0	9	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

52 - P - SP - 520000098

Página 1 de 2

38627

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	9	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth



ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas seran confidenciales y la manera en que usted responda no influenciara los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor llene completamente el circulo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗ ✓

¿Aproximadamente, cuánto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses Más de 1 año
 Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses 6 meses a 1 año

Por favor responda las siguientes preguntas basandose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basandose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está

Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, llene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuándo el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una manera, en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Si tiene algún comentario escríbalo en esté espacio o si es necesario detras de está forma. Estamos interesados en escuchar sus comentarios ya sean positivos o negativos.						

Continúe a la siguiente página...

5 2 - P - S P - 5 2 0 0 0 0 9 9

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber un poco más sobre su hijo(a).

1. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
2. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No se
3. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor llene todas las respuestas que apliquen.)
 Anglosajón / Blanco Indio Americano / Nativo de Alaska Raza desconocida
 Africano Americano Nativo de Hawaiian / De las Islas Pacificas
 Asiático Otra raza
4. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y llene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
0	○	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es Abril 30 de 1987:

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

1. Escriba la fecha de nacimiento → **04 - 30 - 1987**

2. Llene los círculos que corresponden

	○	○		○	○		○	○	○	○
0	●	○		○	○		○	○	○	○
1	○	○		○	○		○	○	○	○
2	○	○		○	○		○	○	○	○
3	○	○		○	○		○	○	○	○
4	○	○		○	○		○	○	○	○
5	○	○		○	○		○	○	○	○
6	○	○		○	○		○	○	○	○
7	○	○		○	○		○	○	○	○
8	○	○		○	○		○	○	○	○
9	○	○		○	○		○	○	○	○

5. Durante el **MES pasado**, ¿cuántas veces ha sido su hijo(a) arrestado(a) por algún crimen?
 Ningún arresto 1 arresto 2 arrestos 3 arrestos 4 o más arrestos
6. ¿Cuántos días faltó su hijo(a) a clases durante el **MES pasado**?
 1 día o menos 3 a 5 días Más de 10 días No me acuerdo
 2 días 6 a 10 días No aplica / No voy a la escuela
7. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
8. ¿Hubo información escrita (folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos de salud mental) disponible para su hijo(a) en el lenguaje que ustedes prefirieron? Sí No
9. Por favor identifique quién le ayudó a completar cualquier parte de está encuesta (Llene todas las respuestas que apliquen):
 No necesite ayuda. Un entrevistador profesional me ayudó.
 Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó. El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Otro consumidor de salud mental me ayudó. Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 Un miembro de mi familia me ayudó. Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

Gracias por tomar el tiempo para responder está encuesta!

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)**

Date of Survey Administration:

1	1	-			-	2	0	0	3
---	---	---	--	--	---	---	---	---	---

County Question #1: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

5	2	0	0	0	0	0	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CSI County Client Number

	□	□	□	□	□	□	□	□	□
0	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Reason:
 Ref Imp Lan Oth

